CONSIDÉRATIONS N° 67.

MÉDICO-LÉGALES

SUR L'INFANTICIDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 avril 1820, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

Par P. L. A. JOUEN, d'Harcourt,

Département de l'Eure.

> Il faut peut-être avoir une âme privilégiée pour vivre sans cesse au milieu des élémens de la perversité humaine, et ne pas voir un coupable partout où il y a un accusé.
>
> M. Fodéré, *Introduct. à la méd. légale*, p. 19.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1820.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

P. L. A. JOUEN.

CONSIDÉRATIONS

MÉDICO-LÉGALES

SUR L'INFANTICIDE.

Je n'ai point à rechercher chez quel peuple il est permis de tuer un enfant au moment de sa naissance, soit parce qu'il est faible ou contrefait, soit parce que ceux qui lui ont donné le jour ne peuvent le nourrir. Chez nous, quelque monstrueux que soit un enfant, quelque grande que soit la misère de ses parens, on ne peut sans crime abréger sa vie d'un seul instant. La loi qui nous régit ne distingue aucune circonstance : ainsi, de quelque manière qu'on en ait agi à Sparte, ou qu'on en use encore à Pékin, en France on punit l'infanticide.

Selon l'article 300 du Code pénal, *est qualifié* INFANTICIDE *le meurtre d'un enfant nouveau-né.* Or, comme tout est de strict droit en matière criminelle, on doit rejeter aujourd'hui l'extension que des auteurs ont donnée au mot *infanticide* en l'appliquant à l'enfant *prêt à naître.* Il n'y a certainement pas d'infanticide, *si* l'enfant *vivus ad orbem totus* non *processit* (1), quoiqu'il ait perdu la vie par des causes que les lois réputent criminelles. Tant qu'un

(1) Cod. rom. lex *quod certatum est.*

enfant n'est pas né, il n'y a point d'infanticide légal, et dans le cas de violences coupables exercées sur lui avant sa naissance, on ne pourrait intenter d'action que pour le crime d'avoir *procuré l'avortement d'une femme enceinte*, crime prévu par l'article 317 du code pénal (1).

Les médecins-légistes distinguent deux sortes d'infanticide, par *omission* et par *commission*. Toutefois, dans l'état actuel de notre législation criminelle, le crime de l'infanticide par *omission* se résout en un simple délit, dont la peine est exprimée dans l'article 319 du code pénal (2). Cependant on doit conserver cette distinction, puisque le plus grand nombre d'actions en infanticide se terminent par l'application de cet article 319.

Dans cette dissertation, je ne m'occuperai point de la mort d'un fœtus dans le sein de sa mère, quelles qu'en soient les causes. Je ne traiterai que *du meurtre de l'enfant nouveau-né*; et comme il est contre toute vraisemblance que l'on attente aux jours d'un enfant qui ne peut vivre, je ne traiterai que de celui qui, déclaré viable par la loi elle-même, est censé capable de faire un jour partie de la société.

On peut inférer de l'article 314 du code civil (3) que l'enfant

---

(1) Quiconque, par alimens, breuvages, médicamens, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

(2) Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlemens, aura commis involontairement un homicide, ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de cinquante francs à six cents francs.

(3) L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivans : 1.° s'il a eu connaissance de la

n'est légalement viable qu'après six mois de conception : ainsi donc je bornerai mes recherches à ce qui concerne l'enfant parvenu à cette sorte de maturité, que toutefois, sans prétendre porter atteinte au droit positif, on peut, généralement en bonne physiologie, regarder plutôt comme une fiction que comme une vérité.

Je pense que, pour prononcer dans les cas d'infanticide, le médecin expert doit avoir résolu les questions suivantes :

1.° A quel terme de la gestation l'enfant a-t-il été mis au monde?

2.° Depuis combien de temps l'enfant est-il mort?

3.° L'enfant est-il mort avant, pendant ou après l'accouchement?

4.° La mort de l'enfant peut-elle être attribuée à quelque violence? et quelle en est l'espèce?

5.° Quelle a été la nature, la durée du travail de l'accouchement?

6.° A quels signes peut-on reconnaître qu'une femme est récemment accouchée?

A quel terme de la gestation l'enfant a-t-il été mis au monde?

Pour répondre à cette question, il faut considérer le volume de l'enfant, sa conformation extérieure, ses proportions, l'état et la texture de ses organes internes.

Le volume de l'enfant est en général relatif au temps plus ou moins avancé de la grossesse. Il varie suivant l'âge, la constitution, la santé et la nourriture de la mère; suivant l'âge, la force, la constitution du père; suivant le climat qu'ils habitent.

---

grossesse avant le mariage; 2.° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer; 3.° si l'enfant n'est pas déclaré viable.

D'après les observations les plus exactes, le produit de la conception pèse :

A 6 mois..............................	2 livres.
A 7 mois..............................	3
A 8 mois..............................	4
A 9 mois..............................	5

Il est cependant des auteurs qui disent avoir vu des fœtus qui pesaient quinze, vingt et même vingt-cinq livres à leur naissance. Mais je crois qu'il vaut mieux s'en rapporter à l'expérience de *Baudelocque*, qui s'exprime ainsi à cet égard. « J'ai vu quelques fœtus du poids de dix livres ou environ, plusieurs de douze, et un seul de treize. Celui-ci avait plusieurs dents très-développées et d'autres prêtes à percer; son volume était si grand, que j'ai peine à croire qu'il en eût existé de vingt-cinq, et même de quinze livres, comme on l'entend débiter par de bonnes femmes. J'en ai trouvé également à terme, qui ne pesaient que cinq livres, d'autres qui n'étaient que du poids de quatre livres, et plusieurs de quatre livres moins un quart. Ces derniers paraissent plus communs que ceux de neuf livres, et ne se développent pas moins après leur naissance. »

La grandeur ou la longueur des enfans qui naissent au terme ordinaire de la grossesse est moins variable que leur poids. Pour la déterminer d'une manière commode et précise, M. *Chaussier* a inventé un instrument qu'il nomme *mécomètre*. Voici la description qu'en donne cet illustre professeur. « Cet instrument est composé d'une règle en bois, ou tige carrée, longue d'un mètre, divisée sur deux côtés opposés en décimètres, centimètres et millimètres; une lame de cuivre qui est arrêtée à angle droit à une extrémité de cette tige, forme un point fixe, et un curseur de même forme et de même métal qui glisse sur la tige, et que l'on peut à volonté

écarter, rapprocher du point fixe, et même arrêter au moyen d'une vis, donne la longueur du corps que l'on mesure, et la division exacte en millimètres ou centimètres, suivant le mode d'expression que l'on voudra adopter. On peut donner à la tige de ce compas une longueur un peu plus grande, une forme cylindrique, et avoir ainsi une sorte de canne propre à donner la proportion des diverses parties d'un adulte ou d'une statue. »

D'après des observations exactes, le terme moyen de la grandeur du fœtus est :

A 6 mois, de..............................	12 pouces
A 7 mois, de..............................	14
A 8 mois, de..............................	16
A 9 mois, de..............................	18

Il est à observer que ce tableau de la longueur du fœtus, dans les différentes époques de la grossesse, ne peut s'appliquer qu'à un fœtus bien conformé ; car il en est qui, quoique venus à terme, sont plus petits, et d'autres plus grands. Ainsi on en a vu qui, à leur naissance, n'avaient que quatorze pouces, tandis que d'autres en avaient vingt-deux, vingt-cinq, et même vingt-sept, si l'on en croit certains accoucheurs.

Quoique toutes les parties existent et soient formées en même temps, cependant *Hippocrate* fait observer qu'elles ne paraissent et ne se développent pas toutes dans le même ordre : ainsi la conformation du fœtus n'est pas la même à toutes les époques de la grossesse. La tête du fœtus à terme est très-volumineuse par rapport au reste du corps ; elle l'est moins cependant qu'elle ne l'a été comparativement à une époque moins avancée. Ce volume ne se remarque qu'au crâne ; car la face est peu développée. La tête représente un ovoïde, aplati en différens sens, dont la grosse

extrémité est à l'occiput, et la plus petite au front. Ses diamètres sont :

L'occipito-frontal............	4 pouces	3 lignes.
L'occipito-mentonnier.........	5	0
Le fronto-mentonnier.........	5	6
Le sphéno-bregmatique.......	3	4
Le bi-pariétal................	3	4
Le bi-temporal. :............	3	1

On y distingue de plus deux circonférences, une grande et une petite; la première a quatorze pouces; la seconde n'en a que dix et demi.

Le thorax est court, aplati sur les côtés, surtout si l'enfant n'a pas respiré. L'abdomen est ample, saillant vers l'ombilic. Le bassin est étroit, peu développé. Les membres abdominaux sont égaux en longueur aux membres thoraciques. Les parties génitales sont beaucoup plus développées à proportion que chez l'adulte.

Si l'on mesure la longueur d'un fœtus qui n'a que sept mois, mais qui est bien conformé, on trouve que la moitié est à cinq lignes au-dessus de l'ombilic. A huit mois, elle en est plus près de deux lignes; à l'époque de la naissance, elle est à l'ombilic ou un peu au-dessus.

Le cerveau du fœtus n'offre, au sixième mois de la conception, qu'une masse molle, blanche, entièrement dépourvue de sillons et de circonvolutions. Si on le coupe par tranches, on n'y remarque pas de points rouges. Au septième mois, on aperçoit quelques traces de sillons et de circonvolutions; sa substance est plus solide, surtout vers sa base. Si on la divise avec l'instrument tranchant, elle laisse voir des points rougeâtres; mais la substance grise n'existe pas encore. Au huitième mois, tout ce que nous avons remarqué au septième ne fait qu'augmenter, sans cependant parvenir au plus haut degré de perfection. Au neuvième mois, la substance grise existe.

Au sixième mois de la gestation, la peau est dense, munie de graisse; sa couleur est d'un rose pourpre à la face, aux lèvres, à la plante des pieds, à la paume des mains et à l'auréole qui circonscrit le mamelon. Au septième mois, les follicules sébacés dont elle est parsemée commencent à sécréter un fluide onctueux qui se répand à sa surface, y forme cet enduit graisseux que les anciens ont appelé *vernix caseosa cutis.* Au huitième mois, sa densité augmente; l'enduit qui la revêt est plus adhérent; sa couleur est blanche; elle offre des poils et de plus des raies rouges aux endroits de flexion des membres. Enfin tous les phénomènes que je viens de décrire sont plus manifestes au neuvième mois.

Au sixième mois les cheveux paraissent sous forme d'un léger duvet de couleur argentine. Au moment de la naissance, ils sont blonds, et ont à peu près un pouce de longueur. Les ongles sont minces, et ne se prolongent pas jusqu'à l'extrémité des doigts. Les paupières se séparent au sixième mois de la gestation. La membrane pupillaire disparaît au septième. On a dit que les lèvres étaient constamment fermées à la naissance; mais cela n'arrive pas toujours, puisqu'on voit souvent des enfans crier lorsqu'ils sont à peine sortis du sein de leur mère.

L'intestin grêle est d'autant plus long que le fœtus est plus près de l'époque de la naissance. A six mois, sa longueur est sept fois plus grande que la distance de la bouche à l'anus chez le même fœtus. A huit mois elle l'est huit fois plus, et douze fois à la naissance à terme. La longueur du gros intestin n'est que deux fois plus grande à cette dernière époque et chez le même enfant. Dans les trois derniers mois de la conception, la partie inférieure de l'intestin grêle et le gros intestin sont plus amples, et contiennent le méconium. Les valvules conniventes n'existent qu'au septième mois.

Situés sur les parties latérales de la colonne vertébrale, sous le cœur et derrière la portion inferieure de l'aorte thoracique, les poumons sont d'un rouge brun au sixième mois, et d'un rouge violacé au neuvième.

Le cœur, chez le fœtus, offre une ouverture destinée à laisser passer le sang de l'oreillette droite dans la gauche; cette ouverture, que l'on nomme trou de *botal* ou *inter-auriculaire*, doit se fermer à la naissance, parce qu'alors il s'établit une nouvelle circulation, différente de celle du fœtus. C'est aussi à cette époque, et pour cette même cause, que le canal artériel et le canal veineux s'oblitèrent.

Le foie, que l'on doit considérer comme organe de la circulation chez le fœtus, est tellement développé à six mois, qu'il vient jusqu'à l'ombilic, quelquefois même un peu au-dessous; ses deux lobes principaux sont presque égaux en volume. A mesure que le fœtus se développe, le foie s'éloigne de l'ombilic, de sorte qu'à la naissance il en est à peu près à huit ou dix lignes.

Très-petite à six mois, la vésicule biliaire contient une petite quantité d'un liquide incolore, sans saveur, et qui passe de suite dans le duodénum, à mesure qu'il arrive dans la vésicule; mais plus le fœtus approche de l'époque de la naissance, plus la vésicule augmente en volume; alors le liquide qu'elle contient est noirâtre, très-amer, et prend le nom de *bile*.

La vessie se termine en haut par un prolongement fibreux, qui va se perdre dans le cordon ombilical; ce prolongement, que l'on nomme *ouraque*, contient un canal dans son intérieur, lequel doit s'oblitérer à la naissance, ou quelque temps après. Placés jusqu'au septième mois, au-dessous des reins, le long des vertèbres lombaires, les testicules se trouvent dans l'anneau sus-pubien au huitième mois, et dans le scrotum au neuvième. Plus petits que les testicules, les ovaires sont alors situés de même; mais, vers le huitième mois, ils se rapprochent de l'utérus.

Outre les caractères que je viens d'exposer, l'ossification offre encore des moyens propres à faire apprécier l'âge du fœtus. Mais des développemens trop étendus à cet égard sembleraient peut-être trop minutieux à des personnes étrangères à l'anatomie physiolo-

gique. C'est pourquoi je me bornerai à n'indiquer que les signes tirés de l'état des principaux os du fœtus.

Au milieu du sixième mois de la gestation, la longueur du fémur est d'un pouce neuf lignes; au septième mois elle est de deux pouces, et au neuvième elle est de deux pouces huit lignes. La partie postérieure et inferieure de son cartilage inférieur offre un point osseux, qui ne se développe que de huit mois et demi à neuf mois. M. *Béclard* assure qu'il existe constamment à la naissance. Ainsi, suivant ce professeur, cette épiphyse est le signe univoque que le fœtus est à terme. Au milieu du sixième mois, l'humérus a un pouce huit lignes de longueur, un pouce dix lignes au septième, et deux pouces trois lignes au neuvième. Les quarti et quinti-sternaux ne se développent qu'à la fin de la gestation. La clavicule offre quinze lignes de longueur au septième mois, et seize au neuvième. La longueur du scapulum est de vingt-deux lignes au septième mois de conception, et de vingt-sept au neuvième. A cette dernière époque, le cubitus a vingt-six lignes, le radius en a vingt-deux, le premier os du métacarpe quatre, le second os du métacarpe six, la première phalange du troisième doigt cinq, le premier os métatarsien cinq, et le second os métatarsien six.

A l'époque de la naissance, la première vertèbre cervicale, la première du coccyx et les lames des six premières dorsales, sont ossifiées. Le corps de la quatrième lombaire offre le plus de volume; sa hauteur est de trois lignes et sa largeur de six. Le corps des vertèbres dorsales, des lombaires et des sacrées est aplati, tandis qu'il est arrondi dans les autres.

Il est essentiel de remarquer que cette évaluation de la longueur des os d'un fœtus bien conformé ne peut s'appliquer à ceux qui offrent une constitution débile, sur lesquels on aperçoit un retard plus ou moins marqué dans les progrès de l'ossification, soit qu'il dépende de la faiblesse générale, soit qu'il ait pour cause une maladie dont le siége est spécialement dans un ou plusieurs organes essentiels à la vie, et particulièrement dans les os.

Depuis combien de temps l'enfant est-il mort?

L'EXPERT appelé pour la visite du cadavre d'un enfant nouveau-né, et que l'on suppose avoir vécu, doit spécialement faire attention au lieu où il a été trouvé; car on sait que la décomposition des subtances animales se fait plus promptement dans une saison chaude et humide, dans une eau stagnante, échauffée par les rayons du soleil; qu'elle est retardée, au contraire, par les terrains marneux, argileux, et par les gaz délétères. C'est ainsi que les cadavres que l'on jette dans les latrines, au lieu de s'y détruire promptement, comme on le pense généralement, s'y conservent très-long-temps dans un état d'intégrité. Quel que soit l'endroit où l'on aura trouvé le cadavre de l'enfant, il faudra examiner avec soin si cet enfant est mort depuis un ou plusieurs jours; afin qu'en cas d'informations ultérieures, l'on puisse reconnaître s'il peut provenir d'une femme que l'on présumerait être accouchée depuis quelque temps. Ainsi, lorsqu'on trouvera la peau fraîche, les chairs fermes, la cornée transparente saillante, et les membranes muqueuses vermeilles, on pourra assurer que l'enfant est mort depuis peu. Si, au contraire, la peau est altérée, les chairs flasques, l'œil affaissé, les membranes muqueuses brunâtres, le cordon ombilical flétri, l'ombilic cicatrisé, et la fétidité annonçant un état plus ou moins avancé de putréfaction, on pourra dire qu'il y a déjà quelque temps que l'enfant est mort.

L'enfant est-il mort avant, pendant ou après l'accouchement?

LES CAUSES qui peuvent produire la mort d'un enfant dans le sein de sa mère n'agissant sur lui que secondairement, il faut s'informer si ces causes ont existé; puis examiner les signes qui la caractérisent sur la mère et sur l'enfant. Ainsi, après s'être informé si la mère a éprouvé des maladies graves, reçu des coups, ou fait des chutes sur la région hypogastrique, etc., on procédera à l'examen des signes suivans, comme étant ceux que la mère doit offrir dans le cas dont il s'agit. Ces signes sont la rétraction de l'abdomen, l'affais-

sement des mamelles, du nombril, l'absence des mouvemens actifs de l'enfant, le sentiment d'une pesanteur dans l'excavation du bassin, qui se porte tantôt à droite, tantôt à gauche ou en avant, suivant le sens dans lequel la mère s'incline; enfin l'issue par la vulve d'une sanie ichoreuse, fétide, qui commence dès l'instant de la décomposition de l'enfant.

Les signes qui indiquent qu'un enfant est mort dans l'utérus sont plus ou moins apparens, suivant qu'il y a plus ou moins de temps qu'il est mort. Les phénomènes suivans indiquent que l'enfant est mort depuis long-temps dans le sein de sa mère.

Molle, facile à déchirer, la peau est d'un rouge pourpre dans toute son étendue; l'épiderme s'en détache au moindre contact, le tissu sous-cutané est infiltré, et même œdématié, surtout au crâne; le péricarde contient de l'eau, les viscères et les membranes qui tapissent les grandes cavités sont d'un rouge brun, la poitrine est déprimée; le cordon ombilical est gros, mou, flasque, infiltré, et se casse facilement; la tête est déformée, aplatie par son propre poids; les os du crâne sont quelquefois désunis, de sorte que le cerveau peut sortir dans un état de colliquation, en répandant une odeur fétide analogue à celle des cadavres putréfiés. Cependant M. *Chaussier* a quelquefois observé le contraire. Ce professeur a vu le corps de l'enfant ne présenter qu'une masse de graisse semblable à celle des cadavres convertis en gras; elle en différait cependant, en ce qu'elle était desséchée, et en quelque sorte atrophiée. L'arrière-faix est entièrement désorganisé. Mais si le fœtus était mort seulement depuis quelques jours, il n'y aurait que l'état de mollesse de l'arrière-faix qui pourrait fournir le seul signe de la vérité.

Toutes les fois qu'un enfant sain et bien conformé meurt pendant l'accouchement, sa mort provient le plus ordinairement d'un vice de conformation du bassin de la mère, de la mauvaise position de l'enfant, de la longueur du travail, de la compression du cordon ombilical sur l'un des détroits du bassin, ou d'une mauvaise manœuvre. Dans ces différens genres de mort, on trouve quelquefois

l'enfant ayant la figure bouffie, d'un rouge brun, avec des ecchymoses plus ou moins étendues sur plusieurs points de sa peau. Les vaisseaux du cerveau, les ventricules du cœur sont dilatés et gorgés de sang. D'autres fois, surtout quand il y a eu compression du cordon ombilical, l'enfant est pâle, décoloré; ses membres sont laxes, et les vaisseaux presque vides de sang. Il est essentiel, dans ce cas, d'examiner la partie qui s'est présentée la première à l'orifice de l'utérus, afin de savoir dans quelle position l'enfant est venu, et pour qu'on puisse juger s'il était nécessaire de la changer en une autre, c'est-à-dire de faire la version de l'enfant. Nous indiquerons plus bas la manière de reconnaître quelle est la partie de l'enfant qui s'est présentée la première.

On sera convaincu que l'enfant est mort pendant l'accouchement, lorsque les poumons ne contiendront pas d'air, lorsque le trou inter-auriculaire, le canal artériel, le canal veineux et l'ouraque ne seront point obstrués, et lorsque le gros intestin contiendra du méconium.

Comme la vie d'un enfant naissant ne peut persister sans la respiration, il faut, lorsqu'on est appelé à faire la visite d'un enfant mort après l'accouchement, considérer l'état des poumons, au moyen de la *docimasie pulmonaire*. Cette expérience n'est pas sans être attaquée par des objections d'une grande valeur. Lorsqu'on veut savoir si un enfant a vécu, il faut non-seulement examiner les poumons, mais encore le cœur, les canaux artériel et veineux, l'ouraque, le thymus, l'estomac, les intestins, la vessie et le cordon ombilical. On emploie généralement la *docimasie pulmonaire*, autant parce qu'elle est consacrée par l'usage que parce qu'on n'en a point encore proposé de meilleure. Cette expérience, que *Galien* a indiquée le premier, est fondée sur ce qu'un corps plus pesant que l'eau se précipite lorsqu'on l'y plonge, et déplace un volume d'eau égal au sien : si au contraire il est plus léger, il reste à sa surface.

Pour la pratiquer, après avoir observé la situation, la couleur et la densité des poumons, on les détache avec le cœur et une portion

de la trachée-artère, en ayant soin de lier les gros vaisseaux, que l'on coupe dans la dissection; on les projette ainsi dans de l'eau distillée, contenue dans un vase assez spacieux, et l'on observe s'ils surnagent ou s'ils se précipitent. On fait une seconde expérience, qui consiste à ne plonger qu'un poumon à la fois dans l'eau. Enfin on recommence un troisième fois de la manière suivante : après avoir rempli le vase de nouvelle eau distillée, si besoin est, on coupe un poumon par morceaux, on les plonge doucement dans l'eau, puis on examine comment chacun d'eux s'y comporte. On en fait autant pour le second poumon, sans confondre ses morceaux avec ceux du premier. L'on conclut que l'enfant a respiré, s'ils surnagent tous deux; que la respiration n'a pas eu lieu, s'ils se précipitent; et qu'enfin la respiration a été incomplète, s'il y en a qui surnagent et d'autres qui se précipitent.

Les conséquences que l'on tire de ces expériences, souvent illusoires et insuffisantes, méritent la plus grande attention de la part de l'expert, car *Sabatier*, *Morgagni*, *Plouquet*, *Baudelocque* et MM. *Orfila*, *Béclard*, *Leroux* et *Chaussier*, admettent que l'enfant peut respirer lorsqu'il présente la bouche à la vulve, soit qu'il vienne par la tête ou par les pieds. Alors ne peut-il pas se faire qu'il meure peu de temps après sa naissance, avec tous les signes de vie que l'on peut recueillir de la docimasie pulmonaire? Cette circonstance est rare à la vérité, mais il suffit qu'elle ait été observée par des hommes dont on connaît les talens et la véracité, pour que les experts apportent la plus grande attention dans leurs recherches, afin de ne pas compromettre l'innocence.

Il peut encore se faire qu'on ait insufflé de l'air dans les poumons de l'enfant, avec l'intention de le rappeler à la vie, ou bien que des personnes se soient procuré l'enfant après sa mort, et aient pratiqué l'insufflation, pour donner à penser que c'est la mère qui l'a détruit. Dans ce cas, les poumons auront le même aspect, et se comporteront dans l'eau comme ceux de celui qui a respiré naturellement; cependant ils peseront moins; car, dans l'acte de la res-

piration, les vaisseaux du poumon se trouvant dilatés, le sang s'y porte en assez grande quantité, tandis que cela n'a pas lieu dans l'insufflation après la mort.

Il est extrêmement difficile de tirer parti de cette expérience, parce que le rapport de pesanteur du corps d'un fœtus avec ses poumons est trop variable dans les différens sujets pour qu'on puisse partir d'un point fixe, afin de parvenir au résultat désiré. Or, on ne peut affirmer si, dans ce cas, la respiration a été naturelle ou artificielle, quoiqu'on ait dit cependant que, dans l'insufflation, la voussure du thorax était moins grande, et qu'on pouvait faire disparaître, par la pression, l'air d'un poumon qui aurait été insufflé après la mort.

Il peut encore s'offrir deux cas où les poumons d'un enfant surnagent sans qu'il ait respiré; c'est lorsque ces organes présentent un œdème, ou qu'ils sont putréfiés.

Les poumons peuvent être œdématiés, dit M. *Chaussier*, lorsque, dans un accouchement laborieux, le thorax et les poumons ont été comprimés; que par suite il y a eu rupture de quelques petits vaisseaux du poumon, épanchement de sang dans l'intérieur de ces organes, putréfaction de ce sang, et développement d'une quantité de gaz assez considérable pour rendre le poumon spécifiquement plus léger que l'eau. Dans cette hypothèse, il faut s'assurer si les mêmes phénomènes ont lieu dans les deux poumons, puis les comprimer sous l'eau, afin d'en faire sortir le sang et les gaz qu'ils contiennent; alors ils se précipiteront, si l'œdème existait.

Les poumons d'un enfant qui n'a pas respiré peuvent encore surnager lorsqu'ils sont putréfiés; néanmoins ces organes sont peu susceptibles de se putréfier. Pour se convaincre qu'ils sont putréfiés, il faut plonger dans l'eau le thymus avec quelques portions d'intestin et de la vessie, parce que l'observation a démontré que la putréfaction arrivait en même temps dans ces différens organes. Si tous surnagent, la putréfaction existe; si au contraire ils se précipitent, aucun n'est putréfié; et si, après avoir comprimé tous ces

organes pour en chasser les gaz qu'ils contiennent, ils se précipitent, c'est une preuve plus convaincante encore de leur état de putréfaction.

Un enfant peut avoir respiré et ses poumons ne pas surnager. Ce fait, qui avait été nié, est attesté par *Osiander*. Mais si l'on y fait attention, on voit qu'il ne parle que d'un fœtus qui, quoique viable, n'était pas à terme. Cela n'arrive, dans ce dernier cas, que lorsque les poumons de l'enfant offrent des engorgemens squirrheux.

Il est encore un cas où un enfant peut avoir vécu et ne pas avoir respiré, c'est lorsqu'il est extrêmement faible, qu'il sort enveloppé de ses membranes, ou qu'il tombe dans l'eau.

Plouquet conseille, lorsqu'on veut savoir si un fœtus a respiré, de peser son corps avec ses poumons, puis ceux-ci séparément. D'après trois expériences qu'il a faites, il a conclu que la pesanteur du corps d'un fœtus qui n'a pas respiré était à celle de ses poumons comme 70 : 1; qu'au contraire, s'il a respiré, elle est comme 35 : 1. Cet auteur recommande de plus de s'assurer, avec un fil à plomb, à quelle partie du thorax répond le centre tendineux du diaphragme, et d'essayer à refouler cet organe avec la main : l'enfant aura respiré, dit-il, si on peut y parvenir; le contraire aura lieu, si on ne le peut pas. Cette méthode est tellement défectueuse, qu'il est inutile de s'occuper de la réfuter.

Suivant *Daniel*, il faut mesurer la circonférence de la poitrine d'un enfant qui n'a pas respiré, et la comparer avec la hauteur des vertèbres dorsales, en observant la distance du sternum à celles-ci, et au moyen d'une balance, sous de l'eau distillée contenue dans un vase gradué, prendre le poids de ses poumons, puis répéter la même expérience sur le fœtus que l'on aura à examiner, afin de voir quel sera le surcroît de volume et de pesanteur des poumons, parce que, dit-il, tout le monde sait que, lorsqu'on plonge un corps solide dans l'eau, plus pesant qu'elle, ce corps déplace juste

son volume d'eau, et le poids du liquide déplacé est celui que ce corps a perdu.

Quoique cette méthode soit très-minutieuse, elle paraît assez bonne jusqu'à un certain point; mais, lorsqu'il s'agit de calcul pour des choses aussi importantes et aussi sujettes à varier, on ne peut souvent que marcher au hasard. C'est sans doute pour cette raison qu'elle est généralement abandonnée.

On ne peut accorder aucune valeur à la voussure du thorax ni à la coloration des poumons, si ces signes ne sont fortifiés par un plus grand nombre d'autres plus positifs; car ne serait-il pas possible que la couleur rosée des poumons fût due à leur contact avec l'air avant la visite de l'expert, dans le cas où un premier examen du cadavre aurait eu lieu? D'ailleurs n'a-t-on pas vu, lorsqu'il y avait eu suffocation, les poumons d'un enfant qui avait respiré être colorés en brun? On doit, dans de semblables recherches, avoir égard surtout à l'état du trou inter-auriculaire, des canaux artériel et veineux, de l'ouraque et du cordon ombilical.

On a dit que lorsque le gros intestin ne contenait plus de méconium, ni la vessie d'urine, c'était une preuve que l'enfant avait vécu; mais il ne faut pas accorder trop de valeur à ces deux signes, car il arrive quelquefois qu'on observe le contraire.

La mort de l'enfant peut-elle être attribuée à quelque violence? et quelle en est l'espèce?

Lorsqu'on a la preuve qu'un enfant a respiré, il faut rechercher si sa mort peut être attribuée à quelque violence. L'expert doit examiner attentivement tous les points de la surface du corps, et surtout la tête, la poitrine, la région du cœur et le canal vertébral dans toute son étendue. Mais, afin que rien ne puisse échapper à ses recherches, dans le cas où il ne trouverait pas des lésions extérieures suffisantes pour pouvoir prononcer quelle est la cause de la mort de l'enfant, il faut qu'il lave le corps, qu'il rase la tête;

et, quelque pressés que soient les magistrats, il faut qu'il ose les faire attendre : la vérité ne se présente pas toujours aussitôt qu'on l'appelle.

Les moyens que l'on peut ranger parmi les violences employées assez souvent pour faire périr un enfant nouveau-né, sont l'acupuncture, la torsion du cou, la submersion, la strangulation, la suffocation, et toute autre espèce d'asphyxie; ainsi que toutes les blessures faites avec des instrumens tranchans ou contondans.

L'acupuncture est une manœuvre qui consiste à plonger un stylet délié, ou un corps semblable, dans la substance du cerveau, par les fontanelles, les tempes ou la nuque; dans la moelle épinière, et même dans le cœur et les gros vaisseaux qui en partent. L'on conçoit qu'une pareille blessure faite aux tégumens ne s'aperçoit que difficilement, et qu'il faut, pour la découvrir, ne négliger aucune apparence d'ecchymose et la poursuivre, par la dissection, jusque dans les cavités.

On a vu des enfans qui avaient été mis à mort par la seule torsion du cou, soit en le pliant avec force, soit en contournant la face d'avant en arrière; la moelle épinière est pour l'ordinaire déchirée par les vertèbres, dont les ligamens sont quelquefois rompus, et l'on sait que la mort suit de près les lésions de cet organe. Dans ce cas, il faut examiner si la luxation est accompagnée ou non d'ecchymoses, de vergetures, à la nuque et à la moelle épinière, parce que, si la luxation avait été produite après la mort, il n'y aurait point de sang répandu.

La mollesse et le peu d'élasticité des chairs d'un enfant nouveau-né font qu'elles conservent long-temps les impressions qu'on leur a faites. En examinant le cou de l'enfant, on apercevra facilement les traces de la strangulation, si elle a eu lieu, d'autant plus qu'il y aura presque toujours excoriation de l'épiderme; ce qui fera distinguer l'effet d'une violence externe d'une strangulation de l'enfant par le col de l'utérus, le vagin, ou par le cordon ombilical, surfaces très-lisses incapables de produire des excoriations. On

pourra aussi observer les traces des mains et des doigts, et autres inégalités qu'on ne remarque pas lorsque la strangulation est l'effet de l'accouchement.

On trouve quelquefois dans les narines et dans la bouche des enfans victimes de la barbarie, différentes substances, comme de la terre, de la paille, des plumes, des matières stercorales, des linges, lorsqu'ils ont été suffoqués entre des matelas, dans des tas de paille, de foin, ou qu'ils ont été jetés dans des cloaques, etc. On connut par la lividité des poumons d'un enfant nouveau-né que sa mère l'avait étouffé avec la vapeur de soufre. Il est encore possible de produire la suffocation en maintenant avec le doigt l'épiglotte abaissée, ou en comprimant la trachée-artère et la poitrine en même temps. Il ne reste aucune trace de la première lésion, et la seconde peut dépendre des accidens de l'accouchement. Il se peut aussi qu'on ait renversé avec le doigt la langue sur l'épiglotte; mais, dans ce cas, il y a toujours quelques petits éraillemens au frein de la langue; ce qui ne peut être produit que par une violence dont les traces se font voir au-dehors.

On reconnaîtra que l'enfant a péri par asphyxie, quelqu'en ait été la nature, par tous les signes de ce genre de mort que l'on remarque chez tous les individus qui ont vécu, quelle qu'ait été la durée de leur existence.

Enfin, si sur un enfant qui a respiré l'on observe des fractures autres que celles que peut produire un accouchement laborieux, des luxations, des écrasemens ou des blessures faites avec des instrumens tranchans ou contondans, c'est une preuve qu'on a attenté à sa vie.

Pour juger si l'enfant a péri par l'*omission* des secours dont il a besoin au moment de sa naissance, il faut savoir quelles sont les précautions nécessaires, quels sont les soins indispensables à son existence.

Si une femme accouche debout, elle doit empêcher que son enfant ne soit lancé sur le pavé; si c'est dans son lit, elle doit lui

soulever la tête, pour que son nez et sa bouche ne soient pas plongés dans le sang, ou même n'appuient pas sur sa cuisse ou sur du linge, afin qu'il ne soit pas suffoqué. Si l'enfant est faible, elle doit lui faire des frictions sèches ou aromatiques sur le corps. Elle doit aussi débarrasser la bouche des mucosités qui pourraient s'opposer au passage de l'air dans ses poumons, et lui en insuffler. Il faut surtout qu'elle fasse la ligature du cordon ombilical; qu'elle garantisse son enfant du froid comme d'une trop grande chaleur, et qu'elle lui donne des alimens convenables à son âge.

L'absence de tout ou partie de ces attentions constitue le délit d'imprudence, d'inattention et de négligence, prévu par l'article 319 du code pénal.

Quelle a été la nature et la durée du travail de l'accouchement?

Lorsqu'une femme bien constituée accouche pour la première fois d'un enfant bien conformé, et dans la position la plus naturelle, il survient des douleurs d'autant plus vives et plus rapprochées, que l'accouchement est plus près d'avoir lieu. L'utérus, les parties externes de la génération se dilatent; ces dernières s'engorgent, la poche des eaux forme une tumeur qui tend à augmenter la dilatation de l'utérus; elle se rompt, les eaux s'écoulent en totalité ou en partie, la tête s'avance, sa partie postérieure et supérieure s'infiltre, et forme bientôt une nouvelle tumeur conoïde, qui se comporte sur l'utérus comme la précédente; enfin de nouvelles douleurs surviennent, et l'enfant se trouve expulsé.

Cette tumeur que l'on remarque sur la tête d'un enfant nouveau-né n'existe qu'au vertex. C'est une infiltration du tissu sous-cutané et des vaisseaux sanguins de cette partie. Elle est d'autant moins prononcée, que la femme a eu un plus grand nombre d'enfans, quoiqu'elle le soit encore beaucoup s'il y a eu plusieurs années d'intervalle entre chaque. Au contraire, plus l'accouchement a été long et laborieux, plus elle est saillante. Alors elle offre quelquefois de

la fluctuation; le péricrâne est soulevé et le tissu de l'os plus ou moins coloré en brun, par le sang provenant de la rupture des petits vaisseaux pendant les efforts du travail de l'accouchement.

Les causes qui peuvent rendre un accouchement laborieux sont, l'étroitesse du bassin, un vice de conformation, la grande proéminence de la saillie sacro-vertébrale, le volume de la tête de l'enfant, une première conception, surtout dans un âge trop avancé, le défaut de douleurs, la rigidité des fibres de l'utérus, et la mauvaise position de l'enfant.

Il peut se faire que l'enfant, lorsque la saillie sacro-vertébrale est très-prononcée, présente le plus grand diamètre de sa tête au diamètre sacro-pubien qui, par la proéminence de l'angle sacro-vertébral, ne se trouve plus avoir son étendue naturelle; alors l'accouchement devient très-laborieux, et M. *Chaussier* fait observer que, dans ce cas, l'enfant peut naître avec une ou plusieurs fractures longitudinales ou étoilées sur l'un ou les deux pariétaux. Il est donc très-essentiel d'avoir égard à cette circonstance, et de ne pas en confondre les suites avec celles qui seraient dues à des violences extérieures.

Non-seulement la partie qui se présente la première à l'orifice de l'utérus, quelle qu'elle soit, offre une tumeur ou une infiltration plus ou moins prononcée; mais encore on observe des taches lenticulaires au vertex, sous l'aponévrose épicrânienne. Il est possible encore que l'enfant présente un plus ou moins grand nombre d'ecchymoses dépendantes de l'application du forceps ou autres instrumens, des lacs ou même des parties les plus dures et les plus étroites du bassin, ou bien encore d'une manœuvre que l'on aurait pratiquée pour opérer la version de l'enfant sur lui-même.

A quels signes peut-on reconnaître qu'une femme est récemment accouchée?

Lorsque le médecin expert est requis pour constater si, et depuis quelle époque, une femme est accouchée, aucun doute ne se pré-

sente à son esprit quand le placenta est encore dans l'utérus; mais il est extrêmement rare qu'on soit appelé aussitôt après que le fœtus est sorti du sein de sa mère. Il faut donc s'occuper des phénomènes qui suivent l'entière délivrance, afin d'en tirer par leur rapprochement les signes caractéristiques d'un accouchement récemment opéré.

Pendant les deux premiers jours qui suivent la délivrance, les lochies coulent en rouge. Cette couleur est d'autant plus foncée, que la femme a perdu moins de sang pendant le travail. Du deuxième au troisième jour, elles deviennent roussâtres; et verdâtres du troisième au quatrième : elles répandent une odeur *sui generis*, odeur que l'accoucheur le moins exercé sait toujours reconnaître. Les lambeaux de l'épichorion restés adhérens à la face interne de l'utérus se détachent du quatrième au cinquième jour. Alors les lochies deviennent laiteuses, c'est-à-dire, qu'elles sont d'une couleur semblable à celle du lait. Leur durée est indéterminée; quelquefois elles disparaissent promptement; d'autres fois ce n'est qu'après trente à quarante jours qu'elles cessent tout-à-fait. Elles peuvent se compliquer avec les fleurs blanches; dans ce cas, elles sont plus abondantes, et conservent moins long-temps la couleur rouge.

Lorsque l'enfant est volumineux, la vulve, le vagin et le canal de l'urètre offrent une couleur d'un rouge violet; la vulve, le vagin et le périnée sont assez souvent déchirés vers leur partie inférieure, et forment une ouverture qui se rapproche plus ou moins de l'anus. Ces désordres ne disparaissent pas toujours à la même époque; car il arrive qu'on en trouve encore des traces six mois après l'accouchement. Les articulations sont douloureuses; le coccyx est refoulé en arrière; le bassin conserve long-temps un peu plus de largeur qu'auparavant. La femme a de la difficulté à s'asseoir. Outre que l'utérus conserve pendant un mois un peu plus de volume que dans l'état naturel, on peut encore quelquefois introduire l'extrémité du doigt dans son orifice, douze ou quinze jours après l'accouchement.

Les éraillemens que l'on remarque sur la peau de l'abdomen ne disparaissent que fort tard.

Il faut ajouter au nombre des signes précédens la fièvre *de lait*, qui se déclare ordinairement vers le troisième jour de l'accouchement. A cette époque, les lochies se suppriment un peu; la femme ressent des élancemens dans le sein; le pouls se développe; la face se colore; il y a céphalalgie frontale, des picotemens à la peau; la sueur est très-abondante, aigre ou laiteuse; les mamelles sont gonflées; mais du quatrième au cinquième jour elles s'affaissent, soit parce que les lochies ont repris leur cours, soit parce que la transpiration a été abondante : cependant on peut toujours en retirer du lait au moyen de la succion.

Lorsque, dans un accouchement laborieux, le canal de l'urètre et le col de la vessie ont été fortement comprimés par la tête de l'enfant, ou contus par des instrumens mal dirigés, il arrive que tantôt la femme éprouve une rétention, et tantôt une incontinence d'urine; c'est lorsque des causes ont été assez fortes pour paralyser le col de la vessie et le canal de l'urètre. Ce dernier accident se remarque nécessairement, s'il y a eu formation et détachement d'escharres. Avant de prononcer si l'enfant appartient à la femme que l'on présume être récemment accouchée, il faut voir si l'état des parties de cette femme se rapporte à l'âge que l'on aura assigné au fœtus, et si leur dilatation correspond à peu près au volume de celui-ci.

Sans doute chacun de ces signes, pris en particulier, ne suffit pas pour pouvoir affirmer qu'une femme est accouchée. Beaucoup d'entre eux peuvent être produits par une perte, après une longue suppression de règle qu'a suivie le gonflement du ventre; par l'issue d'une môle, et peut-être même par la chute spontanée d'un polype volumineux : bien plus, lorsque tous ces signes existent à la fois, on ne peut encore qu'avoir de fortes présomptions. Il n'existe véritablement aucun signe univoque qui puisse faire prononcer qu'un accouchement a eu lieu, depuis quelques heures, lorsque le placenta

est expulsé de l'utérus. Après le huitième jour, on ne peut plus dire à quelle époque la femme est accouchée.

Tout médecin expert pénétré de l'importance de la question d'infanticide, et qui aura ces principes présens à l'esprit, pourra éclairer la justice sans compromettre l'innocence ; mais si le préjugé l'aveugle, si l'opinion prématurée d'un public séduit, si quelques apparences l'entraînent, malheur à la femme, malheur aux juges, et malheur à l'expert lui-même.

En général, toutes les actions d'infanticide pèsent sur la mère, parce qu'on suppose toujours qu'elle a principalement intérêt à détruire le fruit de ses criminelles amours. Cependant, quoiqu'il soit constant que l'enfant ait péri d'une mort violente, il ne s'ensuit pas nécessairement que ce soit sa malheureuse mère qui lui ait donné la mort. A tout ce qu'ont dit à ce sujet plusieurs auteurs, et particulièrement *W. Hunter* (1), je crois pouvoir joindre la notice suivante, qui m'est communiquée par un grand administrateur, digne de la plus haute confiance.

« M. N...., conseiller à la cour de Bruxelles, présidait une cour d'assises devant laquelle fut traduite une jeune fille comme prévenue d'infanticide : l'enfant avait été trouvé noyé dans un ruisseau peu éloigné de l'habitation de cette fille-mère ; sa grossesse avait été notoire, sa délivrance ne l'était pas moins, et toutes les preuves se réunissaient contre elle, à l'exception d'une seule ; personne ne lui avait vu commettre le crime dont tous les témoins la croyaient coupable. Cette accusée n'opposait à leurs accablantes dépositions que la dénégation la plus positive, et le refus le plus absolu d'aucune autre explication.

« Les jurés balancèrent long-temps ; cependant le défaut de témoins oculaires ou auriculaires du meurtre ou de l'immersion de l'enfant,

---

(1) Bulletin des sciences médicales de la société d'émulation de Paris, mai 1812.

la fermeté avec laquelle cette jeune fille se refusait à tout autre moyen de justification que celui de la simple dénégation, et de plus un air d'innocence qui semblait combattre toutes les probabilités d'un pareil crime, déterminèrent enfin les jurés à la déclarer non convaincue, et elle fut mise en liberté.

M. N.... est un homme que la maturité de l'âge et un long exercice du pouvoir ont rendu très-grave. On le considère comme un magistrat intègre et même sévère; mais le moindre rapprochement dévoile bientôt un homme sensible et bon. Ce jugement, sur lequel il avait influé, était resté dans sa mémoire : il avait craint de frapper l'innocence, il craignait d'avoir épargné le crime. Cette pensée l'agitait encore lorsque, passant dans le village habité par cette fille, il conçut le désir de prendre quelques renseignemens sur sa conduite, et sur l'opinion qu'on avait de sa moralité. Il s'adressa au curé, qui l'assura que depuis sa faute elle avait mené la conduite la plus régulière. Mais, dit M. N...., elle était coupable cependant!.... Non, dit le curé, elle n'était pas coupable. J'ai besoin de le savoir, répliqua M. N.... Eh bien! monsieur, c'était son père qui avait jeté l'enfant à l'eau, et cette malheureuse mère était résolue à périr plutôt que de se sauver par une révélation qui eût envoyé à l'échafaud l'auteur de ses jours.

Quel courage, quelle piété filiale dans cette jeune fille! et cependant, si le sort lui eût donné des jurés moins attentifs, des juges moins sages, un supplice ignominieux eût été le partage de celle qui s'immolait volontairement et avec tant d'héroïsme pour en préserver son malheureux père! Des larmes de satisfaction coulèrent des yeux de ce respectable magistrat en racontant cette anecdote.

Quelle leçon à ajouter à tant d'autres, pour rendre circonspects ceux qui ont la grande et terrible mission de constater de pareils crimes, crimes toujours en contradiction avec les sentimens que la nature prévoyante a le plus profondément gravés dans le cœur des mères, et qui, malgré le vice de nos institutions, sont si rarement commis par elles!

Quelle réunion de preuves les experts, les jurés et les juges ne doivent-ils pas exiger pour prononcer qu'une mère a, de dessein prémédité, tranché les jours de l'être innocent auquel elle vient de donner la vie; pour assurer que la mort de cet être chéri n'est ni naturelle, ni accidentelle, ni l'effet de l'erreur, du désespoir ou d'une démence momentanée, et même que le meurtre n'est point, comme dans le cas présent, le crime d'une main étrangère ! »

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quæ judicantur, et judicata sunt perfectè, ea neque moveto, neque medicamentis, neque aliis irritamentis innovato, sed sinito. *Sect.* 1, *aph.* 20.

II.

Quæ ducere oportet, quò maximè vergant, eò ducenda, per convenientia loca. *Ibid.*, *aph.* 21.

III.

In morbis minùs periclitantur ii quorum naturæ, et ætati, et habitui, et tempori magis cognatus fuerit morbus, quàm ii quibus horum nulli similis fuerit. *Sect.* 2, *aph.* 34.

IV.

Purgandum, æstate quidem, magis superiores ventres; hyeme verò inferiores. *Sect.* 4, *aph.* 4.

V.

Ventres hyeme et vere naturâ sunt calidissimi, et somni longissimi. In his igitur temporibus copiosiora cibaria exhibenda sunt; innatum enim calorem majorem habent; ideòque copiosiore indigent alimento. Indicio sunt ætates et athletæ. *Sect.* 1, *aph.* 15.